

## 勞工保險外籍被保險人資料表

### Formulir Asuransi Tenaga Kerja Asing

被保險人姓名 (Nama lengkap peserta tambahan asuransi)			
出生日期 (Tanggal Lahir)		年(Thn)    月(Bln)    日(Tgl)	
居留證號 NO ARC.		護照號碼 NO Paspor	
國籍 (Warga Negara)		過去是否曾在台工作? (Apakah Anda sudah berpengalaman bekerja di Taiwan?)	
		<input type="checkbox"/> 是(Ya) <input type="checkbox"/> 否(Tidak)	
<b>親屬狀況(Status keluarga)</b>			
稱謂 (Keterangan)	姓名 (Nama Lengkap)	出生日期 (Tanggal Lahir)	存歿 (Hidup / almarhun)
父 (Bapak)		年    月    日 (Thn) (Bln) (Tgl)	<input type="checkbox"/> 存(Hidup) <input type="checkbox"/> 歿(almarhun)
母 (Ibu)		年    月    日 (Thn) (Bln) (Tgl)	<input type="checkbox"/> 存(Hidup) <input type="checkbox"/> 歿(almarhun)
配偶 (Suami)		年    月    日 (Thn) (Bln) (Tgl)	<input type="checkbox"/> 存(Hidup) <input type="checkbox"/> 歿(almarhun)
子女 (Anak)		年    月    日 (Thn) (Bln) (Tgl)	<input type="checkbox"/> 存(Hidup) <input type="checkbox"/> 歿(almarhun)
		年    月    日 (Thn) (Bln) (Tgl)	<input type="checkbox"/> 存(Hidup) <input type="checkbox"/> 歿(almarhun)
		年    月    日 (Thn) (Bln) (Tgl)	<input type="checkbox"/> 存(Hidup) <input type="checkbox"/> 歿(almarhun)

※本表因涉及勞保給付權益，為避免影響日後案件審查進度，請被保險人以正楷覈實填寫。填表時如有疑義，請洽本局職業災害給付組(電話：02-23961266 轉 2263)。

Dikarenakan bersangkutan dengan hak pembayaran dari pihak asuransi kesehatan, Agar tidak mempengaruhi proses dikemudian hari, Formulir ini harus dilampirkan dan diisi dengan lengkap saat permohonan tersebut diajukan(Tel:02-23961266 ext. 2263)。